



Washington State
Department of Social
& Health Services

DDD Division of Developmental
Disabilities

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
THĂM DÒ Ý KIẾN VỀ BUỔI
HỌP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC
PLAN OF CARE MEETING SURVEY

TO BE COMPLETED BY DDD STAFF		
POC MEETING DATE		
WAIVER:		
<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> Basic Plus <input type="checkbox"/> Community Protection		

Bản thăm dò này là tự nguyện và được giữ kín. Các dịch vụ của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng bởi sự chọn lựa có tham gia hay không tham gia của quý vị. Việc thăm dò ý kiến này sẽ giúp chúng tôi cải tiến việc tiến hành Kế Hoạch Chăm Sóc.

Quý vị có quan hệ thế nào đối với người đang nhận các dịch vụ?

Tôi là người đang nhận dịch vụ. Người Trong Gia Đình/Giám Hộ Nhân Viên Có Lương Bạn Bè/Người Bênh Vực

THĂM DÒ Ý KIẾN

SỐ	CÂU HỎI	(1) CÓ	(2) KHÔNG BIẾT CHẮC	(3) KHÔNG
1.	Trong lúc tiến hành kế hoạch chăm sóc, người Quản Lý Hồ Sơ của quý vị có tôn trọng và lịch sự với quý vị không?			
2.	Quản Lý Hồ Sơ của quý vị có hỏi xem quý vị có quan tâm gì về dịch vụ hiện tại của quý vị không?			
3.	Quan tâm của quý vị có được bàn thảo và bao gồm trong việc tiến hành kế hoạch không?			
4.	Quý vị có giúp để soạn thảo Kế Hoạch Chăm Sóc mới của quý vị không?			
5.	Quý vị có được nhận các chi tiết về những dịch vụ hiện có trong chương trình miễn lệ để đáp ứng nhu cầu đã được thẩm định của quý vị không?			
6.	Quý vị có được chọn những dịch vụ hiện có trong chương trình miễn lệ để đáp ứng nhu cầu đã được thẩm định của quý vị không?			
7.	Quý vị có được chọn nơi/người cung cấp dịch vụ không?			
8.	Quý vị có dự định đáp ứng các nhu cầu và mục tiêu của quý vị đối với cả hai dịch vụ miễn lệ và không miễn lệ không?			
9.	Nhu cầu về sức khỏe và sự an toàn của quý vị có được bàn thảo hay không?			
10.	Kế hoạch đề ra có đáp ứng nhu cầu sức khỏe và sự an toàn của quý vị không?			
11.	Quý vị có hoạch định cho những trường hợp khẩn cấp, như động đất hoặc nếu như người chăm sóc thường lệ của quý vị không ở bên cạnh quý vị không?			
12.	Quý vị có nhận được chi tiết về những điều cần phải làm nếu nhu cầu của quý vị có thay đổi trước kỳ họp hoạch định hằng năm lần tới hay không?			
13.	Quý vị có nhận được chi tiết về cách thức khiếu nại hoặc thỉnh cầu phiên điều giải hay không?			
14.	Xin dùng phần dưới đây để cho biết thêm về những nhận xét; hoặc cho chúng tôi biết về những điều mà quý vị muốn góp ý để chúng tôi cải tiến việc tiến hành Kế Hoạch Chăm Sóc.			

DSHS 15-295 VI (12/2004)

Xin dùng phong bì đã có sẵn tem và địa chỉ đính kèm để gởi lại, hoặc gởi đến:

Department of Social and Health Services
Division of Developmental Disabilities (DDD)
Attention: Quality Assurance
PO Box 45310
Olympia WA 98504-5310